

ATENCIÓN ADMINISTRADA PARA ASISTENCIA MÉDICA FORMULARIO DE SELECCIÓN DE PROVEEDOR POR CORREO

Especialista en beneficios: _____ **Nombre del caso:** _____ **Número del caso** _____

Usted y (o) los miembros de su familia acaban de ser designados elegibles para asistencia médica y están obligados a participar en la atención administrada. Tómese un momento para leer y comprender la información adjunta y complete el formulario que encontrará a continuación. Debe seleccionar un Proveedor de Cuidados Primarios de la lista de proveedores adjunta. Comuníquese con la oficina local del Departamento de Servicios Sociales si desea elegir un proveedor fuera de su área geográfica.

NOTA: No todos los miembros de la familia elegibles para asistencia administrada deben elegir el mismo Proveedor de Cuidados Primarios (PCP).

- Entiendo que DEBO elegir un Proveedor de cuidados primarios para cada miembro de la familia elegible para asistencia administrada completando la siguiente sección Y devolviendo el formulario completado al Departamento de Servicios Sociales.
- Si no elijo un Proveedor de cuidados primarios, la Oficina Estatal de Servicios Médicos elegirá un PCP para mí y todos los otros miembros de mi familia elegibles para asistencia administrada.
- Entiendo que puedo cambiar mi elección de Proveedor de Cuidados Primarios dentro de 90 días, en mi próxima redeterminación anual de elegibilidad o si me mudo a otro condado.
- **Complete este formulario de selección dentro de los DIEZ días de recibida esta notificación y envíelo por correo en el sobre adjunto a Servicios Médicos, Pierre, SD.**

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO DE LA ASISTENCIA ADMINISTRADA <small>(Miembros de la familia elegibles para asistencia médica)</small>	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO <small>(si lo sabe)</small>	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE CUIDADOS PRIMARIOS <small>(de la lista de proveedores)</small>	NO. DE ID DEL PROVEEDOR <small>(de la lista)</small>
0				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Entiendo las reglas y los requisitos del Programa de Atención Administrada para Asistencia Médica y también entiendo que si no sigo estas reglas y requisitos seré responsable de pagar las cuentas médicas. Consulte el *Manual del Beneficiario del Programa de Asistencia Médica* para mayor información.

Firma _____

Fecha _____

Teléfono _____